

*(I lavori iniziano alle ore 10.04 con l'esame del punto all'o.d.g.
inerente a "Svolgimento interrogazioni e interpellanze")*

OMISSIS

Interpellanza n. 968 presentata da Magliano, inerente a "Recepimento Intesa Conferenza Stato-Regioni del 4 agosto su autorizzazioni ed accreditamento erogatori ADI pubblici e privati, a che punto è la Regione?"

PRESIDENTE

Proseguiamo i lavori con l'esame dell'interpellanza n. 968.
Ha chiesto di illustrare l'interpellanza il Consigliere Silvio Magliano.
Prego, Consigliere, ha facoltà di intervenire per cinque minuti.

MAGLIANO Silvio

Grazie, Presidente.

Ringrazio l'Assessore Gabusi di rispondere al posto dall'Assessore Icardi.

Premesso che le cure domiciliari rappresentano un bene fondamentale per i pazienti, soprattutto cronici e anziani, che necessitano di prestazioni di media e alta complessità e che spesso presentano anche fragilità sociali; l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) consiste in un insieme di trattamenti medici infermieristici e riabilitativi integrati con servizi socio assistenziali.

L'assistenza domiciliare è un servizio previsto dai livelli essenziali di assistenza (LEA) con l'obiettivo di dare risposte ai bisogni di salute delle persone fragili in generale e quindi degli individui non autosufficienti, anziani, disabili e minori, che necessitano di cure a domicilio in modo temporaneo e protratto nel tempo, ai fini della gestione della cronicità, della prevenzione della disabilità e del miglioramento della qualità di vita.

Considerato che l'assistenza territoriale, nonostante sia riconosciuta come lo strumento e il contesto più adeguato alla gestione della cronicità, fenomeno di crescente impatto sul sistema sanitario nazionale e sulla sua tenuta, risulta oggi poco strutturata e non finanziata in modo adeguato.

L'emergenza da COVID-19 ha messo in evidenza quanto il sistema di assistenza territoriale abbia necessità di essere rafforzato; è dimostrato quanto l'attivazione dei percorsi di cura domiciliari garantisca sicurezza, qualità di cure e consenta, al tempo stesso, di riservare il ricovero ospedaliero alle fasi più acute della malattia, in modo tale da non avere ricoveri impropri.

Il PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) prevede il superamento della logica prestazionale dell'ADI, con il raddoppio della copertura del servizio, per arrivare al 10% degli ultrasessantacinquenni (1,6 milioni in totale) entro il 2026. Dai dati relativi all'anno 2020 forniti dal Ministero della salute si evince, tuttavia, che il Piemonte sia tra le Regioni con le più basse percentuali di over 65 assistiti in ADI.

Lo scorso agosto la Conferenza Stato-Regioni ha sancito l'intesa sul percorso di autorizzazione e accreditamento per gli enti erogatori di cure domiciliari, precisando al punto a: *"le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano entro 12 mesi dalla data di sottoscrizione della presente Intesa provvedono ad attivare, ai sensi dell'art. 8 ter e dell'art. 8*

quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., il sistema di autorizzazione e di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari, in coerenza con quanto previsto agli allegati A, B e C, determinando, in particolare, il fabbisogno secondo le funzioni di assistenza individuate in sede di programmazione sanitaria per garantire i livelli essenziali di assistenza". Dunque, restano alle Regioni solo 8 mesi per adeguarsi a detta intesa.

Le chiedo scusa, Assessore, perché a suo tempo avevo scritto "8 mesi", poi, come sa, il suo collega è noto rispondere con celerità alle interpellanze; ad oggi, quindi, mancano pochi giorni alla scadenza. Infatti risale allo scorso agosto la sottoscrizione dell'intesa da parte della Conferenza Stato-Regioni (da qui, anche l'imbarazzo del Consigliere che cerca di porre un tema che troverà risposta solo undici mesi dopo!).

Come dicevo, restano soltanto pochi giorni per adeguare la propria offerta al fine di garantire un sistema di cure domiciliari più strutturato, capillare, qualitativamente uniforme e adeguato alle nuove esigenze di salute.

Si è constatato che l'Assistenza Domiciliare agli anziani continua ad essere sottodimensionata rispetto ai bisogni di una popolazione che invecchia, con un aumento di cronicità, disabilità e non autosufficienza; oggi il nostro servizio sanitario non è in grado di curare tutte queste persone negli ospedali - dove, peraltro, la cronicità costa molto di più, come sa meglio di me, avendo ricoperto il ruolo di amministratore - già in sofferenza, con i Pronto Soccorso presi d'assalto in maggioranza da persone con cronicità, disabilità, non autosufficienza e anziani.

Per sviluppare un sistema sanitario più sostenibile è necessario aggiornare e potenziare il modello organizzativo e strutturale del sistema sanitario in modo da renderlo più vicino alle persone e ai nuovi bisogni di salute.

A tal riguardo, interpellò la Giunta regionale - ringrazio ancora l'Assessore per essere qui a rispondere - per sapere:

- a che punto sia il Piemonte, nel rispetto di quanto stabilito nell'intesa tra il Governo e le Regioni, nel provvedere ad attivare il sistema di autorizzazioni e di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione delle cure domiciliari e quale percorso abbia intrapreso o intenda intraprendere a tal fine;

- con quali modalità e criteri la Giunta intenda recepire l'indirizzo dell'intesa, sancita dalla Conferenza Stato-Regioni, ai fini della gestione delle cure domiciliari ad opera delle organizzazioni pubbliche e private piemontesi;

- se ritenga opportuna l'istituzione e la convocazione di un tavolo di lavoro con i rappresentanti delle rispettive organizzazioni, al fine di raccogliere specifiche indicazioni con riferimento alle modalità di presa in carico da parte degli erogatori, sapendo che, fondamentalmente, non siamo assolutamente vicini a quel 10% relativo agli ultrasessantacinquenni a cui dovremmo comunque garantire, come potenzialità di risposta, i loro bisogni.

Grazie, Presidente. Ho concluso.

PRESIDENTE

Ringraziamo il Consigliere Silvio Magliano per l'illustrazione.

La Giunta ha chiesto di rispondere all'interpellanza delegando l'Assessore Marco Gabusi. Prego, Assessore; ne ha facoltà per cinque minuti.

GABUSI Marco, Assessore regionale

Grazie, Presidente. Rispondo rispetto a quanto mi ha sottoposto l'Assessore Icardi.

Premesso che l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata socio-sanitaria) è in titolarità alle Aziende Sanitarie ed è stata istituita dal progetto nazionale obiettivo "Tutela della salute degli anziani 1991-1995" del 1992, ed è attiva da metà degli anni Novanta. L'ADI è presente in tutte le ASL piemontese e consiste in un insieme multidisciplinare di servizi medici, infermieristici e riabilitativi che offrono continuità assistenziale a soggetti non autosufficienti o fragili di ogni età, affetti da patologie varie, per lo più cronico-evolutive. L'ADI afferisce ai percorsi di Cure Domiciliari Integrati (CDI) del sistema sanitario nazionale e fin dal 2001 costituisce un Livello Essenziale di Assistenza (LEA).

In relazione ai fabbisogni sanitari del paziente sono contemplati tre livelli di intervento (a bassa, alta e media intensità sanitaria) con anche un'area riguardante le cure palliative domiciliari.

Il servizio viene erogato secondo il Piano di Assistenza Individualizzato (il PAI, che stabilisce anche il livello di intensità assistenziale da garantire) autorizzato dalle ASL.

L'ADI su scala territoriale dovrebbe essere abbinato ed integrato con il SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare e sociale comunale) che eroga a soggetti anziani e/o fragili, parzialmente o totalmente non autosufficienti, prestazioni socio-assistenziali e tutelari (prioritariamente igiene e cura della persona e, in misura minore, stimolo della socializzazione, aiuti domestici, servizi di supporto vari domiciliari, eccetera).

Il SAD è un servizio comunale che in Piemonte è in capo agli enti gestori dei servizi sociali, che, in sinergia con i distretti sanitari, devono prendere in carico e seguire gli utenti nei singoli ambiti territoriali.

Ciò detto, il servizio ADI in Piemonte è oggi a totale titolarità pubblica, governato dalle singole Aziende Sanitarie, così come definito dalla DGR 7 maggio 2002, n. 41-5952.

In questo contesto, si inserisce l'accordo assunto in Conferenza unificata del 4 agosto 2021, che, di fatto, apre la strada nella nostra Regione per l'erogazione dell'ADI ad organizzazioni private (e anche pubbliche diverse dalle Aziende Sanitarie), che dovranno ottenere dal sistema pubblico l'autorizzazione all'esercizio di tali attività e anche il successivo accreditamento, per poter operare per conto dell'Azienda Sanitaria, che dovrà, con tali organizzazioni, stipulare un accordo contrattuale per l'espletamento della prestazione, che si dovrà basare su un tariffario delle prestazioni da definirsi.

L'intesa nazionale prevede espressamente che si identifichi un sistema tariffario omogeneo da parte della competente Commissione nazionale, che ad oggi non risulta comunque formata e che le Regioni hanno chiesto, per poter procedere in attuazione omogenea dell'intesa su scala territoriale.

Vi è comunque la possibilità che le tariffe, in assenza di linee di indirizzo omogenee nazionali, siano definite dalle singole Regioni. In tale direzione, la nostra Regione in questi mesi sta lavorando in un gruppo intersettoriale all'interno della Direzione sanità e welfare, che, nel definire il recepimento delle direttive contenute nell'intesa, definisca un tariffario delle prestazioni, auspicando quanto prima che si attivi la Commissione nazionale sopra citata.

Il lavoro è partecipato con dei referenti qualificati delle ASL, le quali saranno, stando all'intesa, gli enti che applicheranno concretamente il sistema autorizzativo e di accreditamento nei confronti degli operatori privati e pubblici che si proporranno in appositi procedimenti ad evidenza pubblica, sempre gestiti dalle Aziende Sanitarie stesse.

Con l'avanzamento dei lavori si attiveranno poi le opportune forme di confronto con le rappresentanze delle rispettive organizzazioni di categoria, con l'opportunità di raccogliere indicazioni e proposte prima di un'effettiva approvazione.

Sarà opportuno, nel caso in cui i lavori della Commissione nazionale sulla definizione delle tariffe si protraggano oltre l'anno di intesa, prevedere un tempo di sperimentazione dell'applicazione di tale nuova metodologia autorizzativa e di accreditamento, al fine di poter

recepire modifiche ed integrazioni rese necessarie dalla concreta applicazione su scala territoriale dei servizi.

Le misure di sostegno del PNRR, che anche per quanto riguarda l'ADI sono ancora da identificare su scala nazionale, sono un altro motivo per cui si ritiene di dover adeguatamente approfondire il tema, prima di recepire appieno l'intesa nazionale.

Da ultimo, pare opportuno evidenziare che su scala nazionale è in corso la discussione sulla proposta di accordo del Ministro della Salute sulla riforma del ruolo dei medici di medicina generale. Tale proposta condiziona in maniera sostanziale la realizzazione dei servizi di ADI e dovrà essere anch'essa valutata nei riflessi diretti con i procedimenti autorizzativi e di accreditamento dei servizi domiciliari.

PRESIDENTE

Ringraziamo l'Assessore Marco Gabusi per la risposta.

Ha chiesto di replicare il Consigliere Silvio Magliano; ne ha facoltà per cinque minuti.

MAGLIANO Silvio

Grazie, Presidente.

Leggerò con attenzione la nota, anche perché l'Assessore l'ha letta molto velocemente. È certo che emerge un dato, cioè che, da agosto dell'anno scorso ad oggi, manca ancora una serie di passaggi e mi preme sottolineare a verbale l'urgenza, invece, dell'espletamento di questi passaggi. Infatti, in altre Regioni il modello di compartecipazione e di collaborazione tra sistema pubblico e privato già esiste e questo permette di dare più servizi e di aumentare la percentuale di persone che sono seguite a casa.

Approfondirò dunque il tema per capire quali sono ancora gli ostacoli da superare in questa fase e quali i passaggi formali ministeriali e regionali che servono per sviluppare questo concetto di ADI integrato, questo nuovo sviluppo di supporto alla cronicità. Difatti, anche rispetto al dato demografico di cui parliamo tante volte, siamo forse una delle regioni più vecchie d'Italia. Per fortuna, curiamo i nostri nonni e le nostre nonne più a lungo, però dobbiamo garantire loro anche una qualità della vita ed è ormai chiaramente testato che passare un periodo di cronicità e di degenza presso la propria abitazione permette al paziente innanzitutto di vivere nel suo contesto familiare, ma gli dà anche qualche chance in più dal punto di vista psicofisico.

Ringrazio l'Assessore per la nota, che leggerò con attenzione, e mi auguro che si possa tornare con forza su questo tema, perché penso che per le politiche dei prossimi 20-30 anni un Paese come il nostro o immagina un sistema di gestione e di cura della cronicità adeguato oppure diventerà impossibile parlare di umanità nell'ultima parte della vita dei nostri anziani.

Grazie, Presidente, ho concluso.

OMISSIS

(Alle ore 11.03 il Presidente dichiara esaurita la trattazione del punto all'o.d.g. inerente a "Svolgimento interrogazioni e interpellanze")

*(I lavori riprendono alle ore 14.03 con l'esame delle interrogazioni a risposta immediata,
ai sensi dell'articolo 100 del Regolamento interno del Consiglio regionale)*